324

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 Juin 1906 à 1 heure

DE LA TOLÉRANCE DES NÉOPLASMES LATENTS DU GROS INTESTIN

et du rôle de ces tumeurs dans l'occlusion intestinale aiguë

PAR

CHOLET

Président : M. SEGOND *Professeur.*

Juges... MM. TEISSIER, MAUCLAIRE, GOSSET *Agrégés*

PARIS
LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
8, Rue Casimir-Delavigne (Anciennement : 13, Rue de l'École de Médecine)

1906

324

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 Juin 1906 à 1 heure

DE LA TOLÉRANCE DES NÉOPLASMES LATENTS DU GROS INTESTIN

et du rôle de ces tumeurs dans l'occlusion intestinale aiguë

PAR

M. CHOLET

Président :	M. SEGOND	*Professeur.*
Juges . . .	MM. TEISSIER, MAUCLAIRE, GOSSET	*Agrégés*

PARIS
LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
8, Rue Casimir-Delavigne (Anciennement : 13, Rue de l'École de Médecine)

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER
Clinique des maladies syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS
Clinique ophtalmologique	Dr de LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEGUEU	RICHAUD.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, chef des trav. anat.
BEZANÇON.	FAURE.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BRANCA.	GOSSET.	MAILLARD.	THIROLOIX.
BRINDEAU	GOUGET.	MARION.	VAQUEZ.
BROCA André.	GUIART.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
CARNOT.	JEANSELME.	MERY.	
CLAUDE	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
DESGREZ.	LEGRY.	RENON.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur P. SEGOND

Professeur à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Instruction publique

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur H. BOUSQUET

Professeur de clinique chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand

INTRODUCTION

Bien avant l'ère si féconde de l'antisepsie et de l'asepsie, l'ancienne chirurgie avait songé à aborder la redoutable question des néoplasmes de l'intestin, et Reybard, de Lyon, en 1843, annonçait au monde médical vivement intéressé, qu'il avait réséqué et guéri un cancer siégeant à l'union du côlon descendant et de l'S iliaque. Le cas fut porté à l'Académie de médecine, mais la discussion n'y fut pas de longue durée : la haute société savante réprouva la hardiesse du chirurgien lyonnais, et l'essai chirurgical sur les tumeurs néoplasiques du gros intestin fut pour ainsi dire classé.

« Le traitement du cancer du gros intestin, disait Desprès, peut être calqué sur celui du cancer de l'estomac; il sera aussi inefficace dans un cas que dans l'autre ».

Mais entre temps, Nélaton apportait des perfectionnements à l'entérostomie et, de ce fait, l'attention fut de nouveau attirée sur le cancer de l'intestin. S'il paraissait impossible d'enlever la tumeur cancéreuse, de réséquer le segment de l'intestin infiltré, au moins,

pourrait-on parer aux accidents d'obstruction en relation avec le cancer de l'intestin et apporter à cette terrible affection, sinon une méthode curative, du moins un traitement palliatif.

Aussi, l'asepsie aidant, la question prit-elle un essor considérable, comme le prouve la thèse de concours de Peyrot. Successivement parurent : les publications de Lichten Stein, Maydl, Williams. Puis, à partir de 1880, l'entérectomie fut souvent opposée aux néoplasmes. Il nous faut rattacher à cette opération les noms de Gussenbauer, de Schede, Czerny, Billroth, Fischer, Kraussold.

En France l'élan fut un peu moindre et nos chirurgiens, légèrement refroidis par les statistiques de l'étranger, eurent la sagesse d'attacher plus de prix à la vie de leurs malades qu'à la glorieuse réputation d'opérateurs hardis.

Malgré tout, dans ces dernières années, l'attaque dirigée contre le cancer du gros intestin n'a fait que devenir plus active et même plus efficace.

En Allemagne, il nous faut citer les noms de Bier, Krönlein, Körte, Von Eiselsberg, Kœnig, Czerny, Trendelenburg. En Angleterre et en Amérique, ceux de Treves, Murphy, Thompson. En Suisse, les publications de Rueppe (Zurich, thèse, 1895), de J. R. Comte. En France, les travaux de Haussmann, du Castel, Terrier et Gosset, Hartmann, Lejars, de Bovis, la thèse de Lardennois, etc.

En résumé, avec les progrès actuels de la chirurgie intestinale, on peut dire que la question du cancer du gros intestin est toujours à l'ordre du jour.

Au congrès de chirurgie français, tenu à Paris en 1904, M. le docteur Bousquet, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, apportait quatre observations de néoplasme du gros intestin, remarquables par leur tolérance pendant une longue période de l'existence et s'accompagnant subitement de phénomènes d'occlusion suraiguë. C'est la lecture de ces faits qui nous a fourni l'idée de notre thèse inaugurale.

Il nous a paru intéressant de faire une revision rapide des principaux symptômes des cancers du gros intestin, et de bien mettre en relief, d'une part, la latence de l'évolution de ces néoplasmes, de l'autre la brusquerie des accidents d'occlusion qui, commandant une intervention chirurgicale d'urgence, viennent par là même, faire porter un diagnostic jusque là méconnu ou hésitant.

EVOLUTION CLINIQUE ET ANATOMIQUE DU CANCER DU GROS INTESTIN.

On entend par cancer du gros intestin, les tumeurs malignes (épithéliome, sarcome, lymphadinome, etc.) se développant sur le gros intestin, depuis et inclus la valvule iléo-cœcale et l'appendice, jusqu'au rectum. Ici, nous laisserons complètement de côté les tumeurs cancéreuses de ce dernier segment de l'intestin.

A peu de chose près toutes ces tumeurs ont le même ensemble symptomatique qui rend le diagnostic très difficile, à moins de cas particuliers. *Dans une première phase, de durée très variable, souvent très longue, le néoplasme se développe de façon sourde, insidieuse. A cette phase de latence, le plus habituellement fait suite une phase plus retentissante où dominent les phénomènes d'obstruction et où parfois, comme dans les observations du docteur Bousquet, on a affaire à des phénomènes d'occlusion suraiguë.*

Mais avant d'aborder l'étude clinique des néoplasmes du gros intestin, rappelons brièvement les caractéristiques anatomiques de ces tumeurs caractéristiques qui

serviront à nous faire bien comprendre la latence des signes cliniques au début et ultérieurement, la soudaineté des accidents d'obstruction.

Dans l'immense majorité des cas, le siège de ces tumeurs cancéreuses est aux angles coliques et particulièrement aux régions iléo-cœcales et à la région de l'S iliaque. La valvule de Bauhin est également fréquemment atteinte, ce qui se traduira en clinique par ceci :

« Si vous supposez que vous vous trouvez en face d'une tumeur du gros intestin, palpez de parti-pris et avec grand soin la fosse iliaque. C'est là que vous aurez le plus de chance de découvrir quelque masse indurée, révélatrice de la lésion cancéreuse ». Toutefois, il existe des néoplasmes du côlon transverse, de l'angle sous-hépatique et de l'angle splénique. Les ectopies du tube intestinal cancéreux ne sont pas rares, et tel néoplasme de la partie moyenne du côlon transverse pourra siéger dans la région hypogastrique ou dans la fosse iliaque. A ce propos, rappelons qu'il peut se produire des volvulus et des invaginations, susceptibles de faire éclater de façon suraiguë l'occlusion intestinale.

Le volume des cancers du gros intestin est très variable, laissant de côté le cancer latéral qui est une rareté, nous envisagerons seulement le cancer annulaire. Ce dernier présente deux grandes variétés anatomiques et même l'on pourrait ajouter cliniques. Tantôt il s'agit d'un squirrhe, petit anneau dur, très limité, véritable ligature jetée sur l'intestin, ayant plus de tendance à rétrécir le calibre du tube intestinal et à déterminer

des phénomènes d'occlusion, qu'à s'extérioriser sous forme d'une tumeur très appréciable au palper abdominal ; tantôt au contraire, il s'agit d'un encéphaloïde moins sténosant mais revêtant la forme d'une tumeur plus ou moins allongée, irrégulière, du volume d'une pomme, parfois d'une tête de fœtus et même d'adulte et par suite, assez facilement appréciable en clinique. Cette variété pourra, quand elle aura ulcéré la muqueuse et proliféré vers la lumière de l'intestin sous forme de bourgeons, de choux-fleurs, mous, friables, déterminer des crises d'obstruction. Ces deux formes : le squirrhe et l'encéphaloïde, ont chacune leur siège de prédilection: le squirrhe est fréquemment relevé au niveau de l'S iliaque, et l'encéphaloïde au niveau de la région iléo-cœcale. A ces variétés de siège et de structure, correspondent des variétés cliniques assez nettes. En effet, il est le plus souvent assez difficile de découvrir par la palpation le cancer de l'S iliaque — petit squirrhe. Le néoplasme cœcal — encéphaloïde — est de constatation moins délicate. Les lésions de voisinage résultent du caractère anatomique primordial du cancer du gros intestin. A des degrés plus ou moins élevés, le petit cancer squirrheux et le gros cancer encéphaloïde rétrécissent la lumière du tube intestinal ; en conséquence, toute la portion de l'intestin située en amont de l'obstacle subira une dilatation passive. Toute la portion située en aval sera frappée d'une atrophie, en relation avec la non-activité dont elle sera mécaniquement frappée.

La dilatation du segment pré-cancéreux peut attein-

dre des dimensions énormes. Dans des cas de cancer du cœcum, de la valvule, on a vu la portion juxta-cœcale atteindre et dépasser le calibre de l'estomac. Il s'y forme comme un recessus où viennent s'accumuler tous les aliments plus ou moins digérés et les corps étrangers les plus divers. Tels les fameux 617 noyaux de cerises du cas de Cruveilhier, tel un fragment de bouchon (Crépin), un morceau d'os, (Chevalier), un noyau de pruneau (Rémy et Bouvet), etc., etc. Ces corps étrangers, irritant la muqueuse qu'ils ulcèrent dans nombre de cas, peuvent aider à éclairer la pathogénie des accidents d'occlusion intestinale aiguë ou d'obstruction chronique. Accidents qui dominent toute l'histoire clinique des néoplasmes du gros intestin.

Si l'on examine en effet les motifs qui conduisent les malades à se soumettre à notre examen, presque toujours l'on relève l'existence d'accidents intestinaux sténosants ; c'est là le symptôme fondamental, le signe essentiel, celui qui vous permet le plus souvent d'aiguiller votre diagnostic vers une lésion cancéreuse de l'intestin, que le bon état général, l'absence de signes plus immédiats en relation avec la notion de tumeur ne vous autorisaient pas à affirmer.

Mais si la sténose est le signe habituel du cancer de l'intestin, il a, hélas, le grand tort de n'apparaître qu'après une évolution déjà considérable de la lésion. Est-ce donc à dire qu'il n'existe pas d'autres symptômes capables, dès le début, de faire pressentir le diagnostic des cancers intestinaux ? Si, bien certainement,

mais il faut s'attacher à les discuter, à les bien peser et encore ici, le plus souvent, les phénomènes de stase fécale, de demi-obstruction, seront les principaux signes. Si l'on fait pour le moment abstraction des cas de latence absolue, cas d'ailleurs fort rares, et l'observation II du docteur Bousquet en fournit un fort bel exemple. Le cancer du gros intestin traduit, tout à fait au début, son existence par une souffrance du tube gastro-intestinal.

Tout d'abord la douleur. Elle est très variable, et dans son apparition et dans son intensité. Elle peut survenir à des intervalles assez éloignés, à l'occasion d'un excès de table, d'un refroidissement. Il s'agit de vulgaires coliques peut-être un peu plus accentuées et plus persistantes que les crises colliquatives banales. Le malade, en général, n'y prête pas attention. En tout cas, il est rare qu'il vienne consulter à ce sujet. Ou bien les douleurs surviennent fréquemment et dans ce cas leur intensité n'est pas extrême. Il s'agira plutôt d'une sensation de pesanteur, de tiraillements ; il y aura même assez fréquemment dans les cancers de l'S iliaque du ténesme.

Dans quelques cas très rares, la douleur revêt un caractère de soudaineté et d'acuité extrêmes.

Lardennois cite une observation où le malade ressentit des coliques « cinglant comme un coup de fouet. »

Franks avait un patient qui, dans un langage imagé, prétendait qu'un chat lui déchirait le ventre.

Que le malade localise ces douleurs atroces dans la fosse iliaque droite, au creux épigastrique, et l'on

entrevoit toutes les difficultés de diagnostic pouvant en résulter d'avec l'appendicite, l'ulcus gastrique...

Mais il faut bien le dire, ce sont là des faits exceptionnels. En clinique courante, l'on aura le plus souvent à faire à des gens accusant, non une vraie douleur abdominale, mais bien plus une sensation de réplétion, de distension, de pesanteur du ventre.

S'ils viennent consulter en nous apportant déjà cette notion, il sera de notre devoir d'attirer leur attention sur leurs fonctions digestives, et c'est là, alors, que pourra être constitué un faisceau de signes assez importants.

Presque tous les cancéreux de l'intestin ont, pendant de longues années auparavant, de la dyspepsie : leurs digestions sont lentes, entravées souvent par des nausées, des vomissements ; mais tout l'intérêt réside sur les altérations du segment inférieur du tube intestinal. Le plus habituellement, les cancéreux du gros intestin sont des constipés ; ils constituent un bon tiers des cas.

Au début, le malade est frappé de ce simple fait qu'il reste des deux, trois, quatre jours sans aller à la selle. S'il parvient à avoir une évacuation, elle est incomplète, et ne se compose que de matières fécales dures, amincies, ovillées, plus ou moins rubannées suivant le degré du rétrécissement. Son ventre se ballonne, est sensible ; il éprouve quelques maux de tête ; il se décide alors à prendre une légère purgation : cette dernière produit l'effet tant attendu, la débacle survient, puis à nouveau apparaît la constipation ; à nou-

veau alors, un purgatif, et ainsi de suite, jusqu'au jour où éclate une petite crise d'obstruction. A côté de ce type banal « type constipation », existent deux autres modes cliniques : la forme diarrhéique et la forme alternante. Certains malades, loin d'être des constipés, accusent une diarrhée rebelle. C'est ainsi qu'un malade de Frantzké, de Varsovie, âgé de 48 ans, entre seulement à l'hôpital à cause de sa diarrhée et de l'affaiblissement qu'elle lui cause. Ces diarrhées sont fréquemment accompagnées de ténesmes et de temps à autre d'hémorrhagies.

Entre ces deux variétés de constipés et de diarrhéiques, prend place celle des alternants. Ce sont des malades qui restent pendant 2, 3, 4 jours et plus en vraie crise d'obstruction : le ventre est météorisé, sensible, parcouru par des borborygmes produits par le passage des gaz à travers le rétrécissement. L'haleine est mauvaise, parfois même franchement fécaloïde du fait de la rétention stercorale et de la dyspepsie qui en résulte. Puis apparaissent des nausées, des vomissements : le faciès est tiré, anxieux : en somme, il s'agit d'une crise d'obstruction intestinale. Puis, tout à coup, les douleurs abdominales augmentent, les borborygmes se font de plus en plus bruyants ; on observe même sur la paroi des mouvements péri et antipéristaltiques : la crise est sur le point d'avoir un dénouement spontané. Les matières et les gaz accumulés dans le segment préstrictural de l'intestin plus ou moins fortement distendu ont le dessus sur le rétrécissement ils le forcent et la débâcle diarrhéique est constituée.

On peut dire que le malade a eu une défécation par regorgement.

Dans des cas de ce genre, se produisant chez un homme de 40 à 50 ans, ayant jusqu'alors conservé les apparences d'une robuste santé, il est très évident que l'attention doit de suite être attirée vers la possibilité d'un néoplasme du gros intestin ; c'est alors qu'il faudra avec un soin jaloux expertiser les signes physiques.

Avant tout il faut bien le répéter, les signes objectifs sont souvent faits pour nous décevoir : tel squirrhe de l'S iliaque est trop petit pour être perçu, tel gros encéphaloïde de l'angle colique gauche se cache profondément sous le rebord costal.

Néanmoins, avec un examen, un palper méthodique de toutes les parties de l'abdomen et surtout au niveau des flancs, siège de prédilection des tumeurs cancéreuses, on a de fortes chances d'arriver à déceler la présence d'une petite induration que l'on pourrait parfois prendre pour une balle fécale, mais qui demandera, précisément pour ce fait, à être suivie pendant longtemps.

Mais cet examen si facile, ne le sera qu'à une condition, c'est d'être pratiqué en dehors de toute crise d'obstruction et, si possible, en s'aidant de l'anesthésie.

Tout d'abord la seule inspection peut-elle guider le sens des investigations?

Dans quelques cas assez rares, il s'agit de volumineuses tumeurs qui peuvent atteindre les dimensions d'un gros poing ou d'une tête d'enfant. Ces tumeurs

volumineuses siègent de préférence au niveau de la région cœcale et du côlon ascendant. Elles attirent parfois l'attention du malade qui nous vient alors consulter, effrayé qu'il est par la présence d'une tumeur dans le flanc droit, à égale distance de l'épine iliaque et des fausses-côtes (observation I du Dr Bousquet).

Néanmoins, ces cas sont rares, et le plus souvent l'inspection de l'abdomen donne peu de renseignements, à part le péristaltisme et le météorisme localisés, signes traduisant seulement l'existence d'une obstruction et ne permettant pas de préciser davantage le diagnostic. Le meilleur signe objectif est encore le palper pratiqué en dehors des crises d'obstruction. Ce mode d'investigation est en général indolore, à peine réveille-t-il une douleur obtuse en un point déterminé de l'abdomen, ce qui sera alors d'un grand secours puisque l'examen se localise aussitôt.

La tumeur est le plus souvent dure, ce caractère de consistance est relaté dans la plupart des observations, elle est bosselée, inégale, tantôt cylindrique, tantôt allongée dans le sens du côlon. Quant à sa mobilité, rien n'est plus variable, mais elle est quasi constante.

Nous ne parlons pas, bien entendu, des néoplasmes infiltrés arrivés à leur période ultime. Et ce caractère même de mobilité peut prêter aux erreurs de diagnostic les plus inattendues. Dans l'observation I du Dr Bousquet, le chirurgien, en présence d'une tumeur apparue depuis plusieurs années dans le flanc

droit, du volume d'une petite pomme, dure, mobile, indolore, sans manifestations digestives de quelque sorte que ce fût, avait songé à un néoplasme de l'épiploon.

Enfin, il faut toujours avoir présent à l'esprit que le cancer de telle partie du gros intestin peut s'ectopier, en raison de l'allongement du méso, sous l'influence du poids de la tumeur ; et du fait que vous trouvez une tumeur, dure, inégale, verruqueuse, dans le flanc droit, n'allez pas conclure que fatalement ceci provient du cœcum ; il peut très bien s'agir d'un néoplasme de l'angle colique droit ou du côlon transverse abaissé jusque dans cette position iliaque. Rindfleisch à observé une tumeur qui pouvait être abaissée jusqu'au vagin. Aussi le toucher rectal et le toucher vaginal, combinés au palper abdominal, doivent-ils toujours être pratiqués. Ils peuvent donner naturellement d'excellents renseignements dans les cas de squirrhe de l'S iliaque.

La percussion *ajoute bien peu* aux notions acquises par le palper ; le plus souvent on dénote une submatité, une sonorité voilée, due à l'interposition d'anses dilatées parcourues par des gaz ; rarement il existe au niveau de la tumeur une matité véritable.

L'examen complet d'un malade chez lequel on soupçonne un néoplasme de l'intestin devra se terminer par l'examen des régions ganglionnaires et par la recherche des hémorrhoïdes ; mais à part la région inguinale, l'adénite est une rareté. Enfin, pour ce qui est des hémorrhoïdes, il ne faut pas leur accor-

der une grande valeur, car elles sont bien autant sous la dépendance de la constipation chronique que sous celle du cancer.

Bien plus important sera l'examen des fèces. Il faudra examiner si elles ne sont pas fragmentées, petites, ovillées, semblables à des crottes de lapins, ou bien laminées : elles peuvent être recouvertes çà et là de débris purulents, ce pus vient des petits abcès pariétaux ou bien de la fonte de la muqueuse elle-même. Enfin on peut observer des mœlenas : on peut avoir à faire à une hémorrhagie abondante, tel le malade de Lawson qui perd une pinte de sang ; en général, il s'agit de petites hémorrhagies, de petites stries, de taches sanguinolentes s'offrant parfois sous l'aspect de marc de café ; que signifient-elles ?

On ne peut y voir un caractère de gravité spécial, ces hémorrhagies peuvent survenir au début de l'évolution néoplasique, et certains auteurs font jouer aux corps étrangers durs, tels que les petits fragments d'os, un rôle étiologique certain : le plus fréquemment c'est un signe tardif.

En tous cas à lui seul, il n'est pas d'un grand secours diagnostic.

Tels sont les signes du cancer du gros intestin : comme on peut le voir aisément, aucun d'eux n'est de nature à pouvoir faire affirmer l'existence d'un néoplasme, sauf peut-être un bon et minutieux palper.

Un mot pour terminer cette revision des signes cliniques des cancers du gros intestin.

Quel est l'état général du malade ?

De ce côté là encore, il est bien difficile de trouver des signes d'une grande valeur diagnostique.

Dans la plupart des observations, on est frappé d'une chose : il s'agit de gens relativement bien portants : ici, c'est une femme de 32 ans, jouissant d'une bonne santé, qui, l'abdomen incisé, est trouvée porteuse d'un néoplasme enveloppant complètement le gros intestin (Observation I du docteur Bousquet) ; là nous trouvons un robuste cultivateur de 57 ans, qui ne s'était jamais plaint d'aucune gêne du côté du tube digestif et qui est pris brusquement d'accidents aigus d'occlusion intestinale : on le laparotomise et on découvre un petit cancer de l'S iliaque (Observation II du docteur Bousquet) ; là encore, il s'agit d'un gaillard de 79 ans, jouissant jusqu'ici d'une excellente santé : il a une hernie inguinale, on l'opère, on découvre le sac et il en sort une anse du gros intestin qui, déployée, mesure environ 25 centimètres de longueur : à sa partie supérieure, est un gros néoplasme annulaire (Observation IV du Docteur Bousquet).

Donc ne nous attendons pas à trouver chez les cancéreux du gros intestin un état général très altéré. Pendant longtemps, très longtemps, le cancer intestinal reste une lésion locale : l'infection surviendra plus tard lorsque, le calibre de l'intestin étant très réduit, les patients subissent une véritable cachexie de famélisme. Ils prennent alors un faciès caractéristique, maigrissent et prennent cette teinte cireuse symptomatique du cancer.

Avant que les patients soient arrivés à cette période, bien souvent, des complications d'ordre divers viennent éclairer le tableau clinique et permettent de porter un diagnostic précis.

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS.

Les complications sont de deux ordres : locales et générales ; nous serons brefs pour ce qui a trait à ces dernières, elles semblent être en relation avec l'auto-intoxication d'origine intestinale, facilitée par l'ulcération de la muqueuse ; on note des complications pulmonaires ou des dégénérescences carcinomateuses, des ganglions, du péritoine, du poumon, etc.

Bien plus fréquentes et plus intéressantes sont les complications d'ordre local : certaines nous arrêteront peu, la péritonite suraiguë par exemple, due à une perforation, est relativement rare et cela pour une raison bien simple, c'est que les phénomènes d'obstruction prennent le pas sur le processus ulcératif frappant le segment intestinal préstrictural.

Il faut bien savoir cependant que malgré sa rareté, la péritonite par perforation est notée, de temps à autre, parmi les modes de terminaison du cancer du gros intestin et tous ceux qui ont fréquenté les services de chirurgie un peu actifs, se rappellent avoir observé des cas de ce genre.

Les perforations viscérales sont également une

rareté ; il en est une cependant qu'il faut avoir présente à l'esprit, nous voulons parler des ruptures de l'intestin cancéreux et de son abouchement dans la vessie ; il en résulte des fistules entéro-vésicales avec fécalurie et surtout des phénomènes de cystite extrêmement pénibles. On peut encore observer à titre de complication, des abcès pariétaux. Autour du segment intestinal néoplasique s'est formé, par suite d'une perforation, un foyer de péritonite localisée qui, peu à peu, se fait jour vers les téguments. Ainsi s'établit une sorte d'anus artificiel spontané, qui, souvent, amène une accalmie véritable dans l'état du malade.

Enfin un squirrhe de l'S iliaque par exemple peut se propager aux ganglions situés autour des vaisseaux iliaques ; il se forme alors une masse néoplasique secondaire qui comprime les vaisseaux et détermine l'apparition de phlébite du côté des membres inférieurs.

Ces diverses complications locales, étant très rares, sont d'une importance tout à fait minime, eu égard à la vraie complication du cancer du gros intestin — l'*occlusion intestinale* — mais ici dès l'abord il faut bien s'entendre sur cette occlusion : nous avons antérieurement abondamment parlé des phénomènes *d'obstruction intestinale* qui constituent un des signes les plus habituels du cancer du gros intestin ; nous savons que presque tous les malades atteints de cette affection sont, à un degré plus ou moins absolu, des rétentionistes ; à la suite d'un repas trop copieux par exemple ou d'un écart de régime ils restent 4, 5, 6 jours et plus sans évacuer leur contenu intestinal, puis ils prennent

un laxatif et une débâcle diarrhéique survient : nous ne reviendrons pas sur ce symptôme — obstruction intestinale dans le cancer du gros intestin — et nous allons nous occuper de la complication la plus redoutable, *l'occlusion intestinale au cours du cancer du gros intestin*.

Autant l'obstruction chronique est de règle, autant l'occlusion intestinale aiguë est rare. Après un premier examen rapide des cas soumis à l'analyse, cette assertion peut paraître mal fondée : en effet, prenons au hasard une observation de cancer du gros intestin : voici le schéma qu'elle nous fournira : malades, avec ou sans troubles digestifs récents ou anciens, pris depuis 6 ou 8 jours de symptômes d'obstruction : les matières ne peuvent être évacuées, les gaz passent de temps en temps, pas de vomissements fécaloïdes. Ces cas types ne peuvent être catalogués sous la rubrique d'occlusion intestinale aiguë au sens propre et absolu du terme, c'est-à-dire suppression complète, définitive et brusque, des matières et des gaz Et bien, ces cas d'occlusion totale aiguë sont rares, et c'est précisément pour ce motif qu'il nous semble intéressant de rappeler les observations ci-jointes (observations 2, 3, 4 du docteur Bousquet) et d'en faire le sujet de notre thèse.

L'occlusion intestinale aiguë chez les cancéreux du gros intestin présente quelques particularités qui permettent de porter le diagnostic exact. Mais il faut bien le dire, le plus souvent ces caractères ne sont pas assez tranchés, assez nets, pour permettre d'affirmer

la cause néoplasique de l'occlusion ; en effet, voyons quand et comment se présentent au chirurgien les cancéreux du gros intestin atteints d'occlusion aiguë : le plus habituellement leurs antécédents ne nous apprennent rien : témoin l'observation II du docteur Bousquet : cultivateur de 57 ans, ne s'étant jamais plaint d'aucune gêne du côté du gros intestin, il se présente à la selle et se trouve dans l'impossibilité absolue de réussir : pendant 6 jours, occlusion absolue, ni gaz ni matières. Témoin encore l'observation III du docteur Bousquet : vieillard de 71 ans, très soucieux de sa santé qui, jusque là, avait été parfaite : comme le malade précédent, il est pris d'un besoin naturel qu'il lui est impossible de satisfaire. 15 jours d'occlusion et mort sans que le patient ait voulu se soumettre à une intervention. Témoin encore l'observation de MM. Rémy et Bouvet : femme de 22 ans, n'ayant jamais présenté d'autre accident pathologique qu'une hernie : elle entre à la maison de Nanterre pour une occlusion intestinale aiguë datant d'une semaine, sans constipation ni diarrhée antérieure ; on pratique la laparotomie et on découvre un épithéliome de l'S iliaque ! De ces cas cliniques, un premier fait frappe : l'antagonisme existant entre la latence des signes du cancer du gros intestin et la soudaineté des accidents d'occlusion : comment peut-on les interpréter, quelle explication rationnelle sied-il d'en donner ?

En premier lieu, le calibre du gros intestin est relativement considérable et nous l'avons dit antérieurement, le cancer restant une lésion locale, le cours des

matières n'est pas entravé ; de plus, le processus néoplasique procède de l'extérieur vers l'intérieur, de la tunique externe vers la muqueuse ; cette évolution même est lente, ne s'accompagne pas de phénomènes tapageurs, mais peu à peu, soit par distension mécanique, soit par infiltration néoplasique, la muqueuse s'ulcère, il se forme de petites cavernes, des abcès pariétaux avec des fongosités faisant saillie à l'intérieur de la lumière du tube intestinal, quelquefois même ces fongosités s'organisent et constituent comme un clapet en forme de valvule ajoutant encore un nouvel obstacle à l'écoulement des matières alvines. Mais ce processus ulcératif rétrécissant la lumière de l'intestin, ces formations végétantes obstruant son calibre sont d'uneévolution lente, très lente dans la grande majorité des cas, ce qui nous explique la latence, la tolérance des néoplasmes du gros intestin. Bien plus, alors même que la lumière du tube intestinal se retrécit, on voit tout le segment de l'intestin situé en amont de la lésion lutter contre cette dernière. Ses tuniques musculaires s'hypertrophient et leurs contractions peuvent finir par avoir raison du rétrécissement cancéreux assez serré.

La latence de l'évolution des néoplasmes du gros intestin est donc un fait acquis, et de plus, un fait expliqué. Plus difficile à interpréter sont les accidents d'occlusion aiguë venant brusquement interrompre cette évolution jusque là indifférente ; une explication bien simple pourrait être produite : le squirrhe de l'S

iliaque par exemple évolue et progresse lentement, clandestinement; toutefois le calibre de l'intestin se rétrécit de plus en plus ; qu'y a-t-il dès lors de surprenant dans ce fait que brutalement, sans cause apparente, ce calibre se trouve définitivement et complètement obstrué ?

Rien n'est plus plausible, mais le malheur veut que l'occlusion complète soit inconnue, le calibre de l'intestin cancéreux admet généralement le bout de la pulpe du petit doigt, l'extrémité d'un crayon ; il peut arriver jusqu'à n'admettre qu'une petite sonde ou une plume d'oie, mais aucune observation ne rapporte qu'on aie trouvé fermeture complète : bien mieux Haussmann cite quelques observations, rares il est vrai, où la lumière de l'intestin était très dilatée.

On a pensé que dans ce cas il ne s'agissait pas d'un processus différent du néoplasme, l'ulcération gagne la muqueuse, des végétations obstruent le calibre de l'intestin, les parois intestinales se creusent en cavernes, ces bourgeons cancéreux se nécrosent, s'éliminent et c'est ainsi qu'une crise d'obstruction prend brusquement fin et que l'examen des fèces décèle des débris puriformes et néoplasiques.

Puisque l'obstruction complète du calibre du gros intestin n'existe pas, comment expliquer alors la brusquerie des accidents occlusifs ?

Dans certaines observations on a relevé la présence de corps étrangers parmi lesquels les fragments d'os tiennent la première place. Dans l'observation du docteur de Bovis, intitulée cancer de l'S iliaque, occlu-

sion intestinale, il s'agissait d'un cancer annulaire squirrheux de la portion pelvienne de l'S iliaque. La lumière très amoindrie laissait passer le bout de la pulpe du petit doigt, un fragment osseux aplati, d'un centimètre carré, s'était arrêté sur le rétrécissement. Dans le bulletin du mois de mars 1897 de la Société anatomique, M. Angelesco rapporte l'histoire d'un homme de 56 ans, présentant un rétrécissement annulaire de l'extrémité inférieure du côlon descendant, d'origine cancéreuse, avec un os d'oiseau au niveau du rétrécissement; dans l'observation bien connue de MM. Rémy et Bouvet le calibre déjà considérablement réduit par le néoplasme est totalement obstrué par un fragment d'os en forme de coin qui joue le rôle d'un véritable clapet.

Les auteurs font suivre leur observation de cette considération : « la brusque apparition des symptômes d'occlusion s'explique facilement par le corps étranger, le morceau d'os, qui était venu s'arrêter, s'enclaver dans le rétrécissement en oblitérant totalement la lumière du canal intestinal ; sans cet incident la partie rétrécie était encore assez largement perméable pour permettre le passage des matières pendant quelque temps encore ».

Il est de toute évidence que l'on doit tenir compte de la présence de ces corps étrangers qui, propulsés violemment, par le segment intestinal préstrictural (dont on le sait, les tuniques fibro-musculaires, soucieuses de lutter contre le rétrécissement, sont très hypertrophiées), contre le point rétréci du tube intestinal, viennent de

la sorte former clapet, bouchon, et provoquer la genèse des accidents d'occlusion.

Mais n'est-il pas aussi très probable que le fragment d'os n'agit pas seulement par le fait de sa coaptation avec le point de l'intestin rétréci ; nous pensons que ce corps n'a pas besoin d'obturer la lumière intestinale pour déterminer les accidents d'occlusion, sa seule présence au niveau de la muqueuse plus ou moins ulcérée par le processus néoplasique suffit à provoquer du spasme, et nous sommes enclins à penser que cette notion de spasme des tuniques intestinales, au niveau du rétrécissement cancéreux, est une notion capitale dans l'étiologie des brusques accidents d'occlusion.

Et de fait, si dans quelques observations, telles celles que nous venons précédemment de rappeler, le fragment d'os, le corps étranger a été surpris appliqué, accolé au niveau du rétrécissement, il existe bien d'autres observations où le corps reste stagnant dans l'énorme poche formée par l'intestin distendu en amont du néoplasme, et où, bien que des phénomènes d'occlusion brusque soient survenus, point n'a été besoin au corps étranger de venir former complètement bouchon au niveau du rétrécissement cancéreux.

Enfin, le spasme vient également fournir l'explication des cas où brusquement s'installent les signes d'occlusion aiguë, alors qu'il s'agit d'un cancer n'ayant pas démesurément réduit la lumière du tube intestinal. Dans ce cas, tout phénomène d'ordre irritatif, la simple ulcération de la muqueuse, suffit à provoquer un spasme des tuniques intestinales au niveau de la zone néoplasique.

En résumé, à notre sens, le grand facteur de l'occlusion aiguë au cours d'un cancer latent du gros intestin est d'origine réflexe, c'est un spasme, spasme dont le point de départ est tout phénomène d'ordre irritatif: muqueuse ulcérée, corps étrangers, fragments d'os, sciballes. D'autres notions pathogéniques peuvent être invoquées pour l'explication de l'occlusion intestinale aiguë au cours de cancers plus ou moins latents du gros intestin ; c'est ainsi que parfois il se produit tout autour du néoplasme des adhérences, qui englobent plusieurs anses intestinales, et il n'est pas impossible de voir une bride étrangler l'intestin et provoquer les accidents d'occlusion.

De même, un segment d'intestin, frappé de dégénérescence néoplasique, peut être le siège d'une torsion axiale, d'un volvulus, donnant lieu à un brusque arrêt des matières et des gaz. L'invagination intra-abdominale d'un segment cancéreux n'est pas une rareté, mais fait qui semble anormal, cette complication ne s'accompagne généralement pas d'occlusion intestinale, bien au contraire, le cours des matières semble plus facile et plus régulier.

Si l'on se rappelle ce que nous venons de dire ; d'une part, de la traduction symptomatique des néoplasmes du gros intestin que l'on peut formuler de la sorte : latence d'évolution du cancer; d'autre part, les considérations cliniques et pathogéniques à propos des accidents d'occlusion aiguë venant subitement mettre un terme à la torpidité de la marche du cancer, il est facile d'en déduire que le diagnostic du cancer du

gros intestin ne sera pas toujours extrêmement simple. Ce qu'il faut bien savoir et répéter, c'est que malheureusement l'on intervient non pas pour le cancer lui-même, la plupart du temps c'est aux signes d'occlusion que l'on s'attaque ; on pense avoir affaire à une occlusion d'ordre banal, volvulus, bride, torsion, coudure, etc. ; puis le ventre ouvert, on est tout surpris de tomber sur un petit squirrhe de l'S iliaque ou un encéphaloïde cœcal ! Aujourd'hui, néanmoins, où toutes les questions de chirurgie abdominale sont toujours à l'ordre du jour, on a l'habitude de prendre en sérieuse considération les moindres signes pouvant faire songer à un cancer du gros intestin et par suite, le diagnostic étant serré de plus près, on opère de meilleure heure des néoplasmes pour lesquels on ne serait intervenu qu'en cas d'accidents occlusifs. Et cette pratique est appelée à donner les meilleurs résultats puisque le cancer du gros intestin et au début, et pendant longtemps, une affection locale, qu'il a peu de de tendance à se généraliser et qu'il ne retentit guère sur l'état général à la façon des autres néoplasmes.

Le diagnostic du cancer du gros intestin présente donc un intérêt de tout premier ordre : ce diagnostic est à poser dans deux conditions bien différentes : ou bien l'on est consulté par des sujets jouissant de toutes les apparences de bonne santé : il s'agit d'un cancer jeune, d'un cancer à l'état de calme absolu ou relatif, ou bien c'est le chirurgien qui est appelé, il s'agit d'une opération d'urgence, d'un cancer occlusif. Si dans la première hypothèse il est assez souvent facile

de poser le diagnostic, dans la seconde, ce n'est bien souvent que la pièce en mains qu'il est donné d'affirmer la nature cancéreuse du rétrécissement. Nous envisagerons d'abord les cas où le diagnostic est à poser au début ou tout au moins à une période pas trop avancée : il s'agit habituellement d'hommes autant que de femmes, toutefois, le sexe masculin serait plus fréquemment atteint : Haussmann donne la statistique suivante : hommes 51,2 pour 100, femmes 48,7 pour cent. De Bovis obtient sensiblement les mêmes indications : hommes 53,9 pour 100, femmes 46 pour 100.

Quant à l'âge, le maximum de fréquence est entre 40 et 60 ans, mais il ne faut pas supposer qu'on ne puisse trouver des néoplasmes du gros intestin chez des sujets beaucoup plus jeunes : 2 malades de Mayorobson et Petroff avaient l'un 14 ans, l'autre 16 ans.

Les femmes atteintes de cancer du gros intestin seraient plutôt plus jeunes que les hommes.

Donc se présentent à notre examen hommes ou femmes, peut-être les premiers en proportion un peu plus forte, de 40 à 60 ans. L'examen fournit habituellement des renseignements de la plus haute importance : dans l'extrême majorité des cas on décèle des troubles intestinaux : constipation chronique entrecoupée de selles diarrhéiques, douleur sourde en un point de l'abdomen, ballonnement du ventre avec borborygmes bruyants, quelques vomissements. L'état général, nous le savons peut paraître et rester longtemps intact ; néanmoins, en serrant de près l'interrogatoire, on arrive à faire reconnaître au malade qu'il s'alimente un peu moins, qu'il a très légèrement maigri, etc.

Si, bien entendu, en plus de ces présomptions on observe des matières fécales modifiées; dans leur volume, rubanées, fragmentées ; dans leur consistance,souvent dures, recouvertes de détritus puriformes et sanguinolents, le diagnostic pour ainsi dire s'impose.

Toutefois, certaines affections peuvent simuler cet état symptomatique et il faudra parfois une grande circonspection pour les éliminer.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien l'on ne sent pas de tumeur, ou bien il y a une tumeur. Dans le premier cas, en présence des symptômes énumérés plus haut, troubles des fonctions alvines, douleurs abdominales, ballonnement du ventre, etc.,il peut s'agir de constipation simple; ce sont des malades neurasthéniques le plus habituellement des femmes, l'examen méthodique ne tardera pas à révéler la véritable nature de l'affection : douleur superficielle au simple frôlement de la paroi abdominale avec résistance de la paroi,etc.; mais les matières ont leur volume et leurs formes normales; enfin l'évolution de la maladie fixe le plus souvent le diagnostic. Chez certains sujets atteints de péritonite bacillaire, le diagnostic d'avec une lésion cancéreuse peut rester en suspens ; nous avons vu en effet que l'ascite peut serencontrer au cours du cancer du gros intestin, mais l'ascite tuberculeuse précède la distension gazeuse; enfin l'ascite cancéreuse est très peu abondante, si peu, que certains auteurs la déclarent imperceptible en clinique; enfin la péritonite bacillaire s'accompagne généralement de tout un cortège de symptômes qui viendront vite lever le doute.

Lorsque la palpation révèle dans l'abdomen une tumeur, le diagnostic demande à être serré de plus près ; il faudra en premier lieu éliminer les tumeurs extra-intestinales et cette première partie du diagnostic n'est pas des plus simples, car il n'est pas d'organe de l'abdomen qui ne puisse fournir à un moment donné l'apparence d'une tumeur identique au néoplasme du gros intestin.

Et tout d'abord, le rein mobile a donné lieu à bien des méprises : nous relevons l'observation suivante du professeur Jacques Borelius : femme de 54 ans, bien portante jusqu'ici, début de l'affection par des douleurs du côté de l'estomac, vomissements et constipation ; depuis lors, douleurs dans le côté droit ; on lui fait en 1899 une néphropexie droite. La malade n'y gagna aucune amélioration, plutôt le contraire ; 4 mois après, on explore le ventre sous chloroforme, on reconnaît la présence d'une tumeur dure, mobile, grosse comme une pomme, vraisemblablement intestinale, au niveau de l'extrémité inférieure du rein droit ; on pratique la laparotomie et l'on découvre un cancer de l'angle hépathique ; l'opérateur pratique la résection du cœcum du côlon ascendant et d'une partie du transverse, la guérison couronne d'ailleurs l'intervention.

Cette observation est donc des plus probantes, un cancer du côlon peut simuler un rein mobile tout comme le rein en état de ptose.

La tumeur néoplasique est dure et surtout mobile. Dans l'observation I du docteur Bousquet, il s'agis-

sait d'une tumeur située à mi-chemin de l'épine iliaque et des fausses-côtes ; elle était dure et très facilement mobilisable, le rein mobile n'aurait-il pu s'offrir avec les mêmes caractères ? Toutefois, en étudiant bien la tumeur, on arrive à trouver que le rein est mat, lisse, allongé plutôt que sphérique, réductible dans sa loge lobulaire ; qu'il s'accompagne de troubles urinaires, etc.

Enfin il faut encore songer à la possibilité d'un rein cancéreux ectopié ou tuberculeux ; dans ce cas la tumeur est bosselée et s'accompagne de pyurie, hématurie, etc.

Thédenat toutefois a rapporté le cas d'un malade présentant les symptômes d'une lésion rénale : hématuries, douleurs lombaires, etc., et ayant en plus des troubles digestifs. Le diagnostic posé fut lithiase rénale : on pratiqua une incision lombaire qui conduisit sur un rein intact et sur un énorme néoplasme du côlon ascendant.

Les cancers de l'angle hépatique et de la moitié droite du côlon transverse, sont parfois difficiles à différencier d'une affection du foie et des voies biliaires : vésicule distendue, kyste, etc, d'autant qu'il a été noté de l'ictère au cours de certains cancers du gros intestin comprimant sans doute les voies biliaires.

De graves erreurs peuvent être commises, et l'on a vu des cancéreux intestinaux, atteints d'accidents d'occlusion intestinale aiguë à la suite d'un traitement hydrothérapique ; aussi quand on décélera au niveau de la région hépatique une tumeur, que cette tumeur

ne s'accompagnera presque pas de troubles hépato-biliaires, alors qu'au contraire les troubles intestinaux, constipation surtout, prédomineront, il sera toujours prudent de penser à la possibilité d'un néoplasme de l'angle hépatique du côlon ; de même en présence d'un cancer du côlon transverse, il faudra songer à une tumeur de l'estomac ou du pylore.

Mais dans ce dernier cas, on a plus affaire à des signes gastriques, vomissements, modifications du chimisme stomacal, etc., qu'à des signes intestinaux proprement dits ; nous ne ferons également que citer le diagnostic entre le cancer du gros intestin et les tumeurs de la paroi, de la rate et du pancréas, des annexes chez la femme, du mésentère, de l'épiploon.

A ce sujet, remarquons qu'en raison de la mobilité de la tumeur et de l'absence de tout symptôme sur le tube digestif, M. le docteur Bousquet (observation I), avait pensé à un néoplasme de l'épiploon.

Mais il est un diagnostic souvent extrêmement délicat à formuler, nous voulons parler de celui à poser entre le cancer de la région cœcale et l'appendicite d'une part, la tuberculose cœcale de l'autre. Dès l'abord, on ne voit pas bien comment on peut confondre l'appendicite avec le cancer ; pour ce qui est de l'appendicite aiguë, non, bien entendu, mais il est des appendicites à marche chronique, torpide, avec douleur plutôt sourde que très aiguë, constipation chronique ; on décèle dans la fosse iliaque droite une tumeur étendue, étalée, plutôt molle que dure, en tous cas elle n'est pas généralement mobile comme le cancer

du cœcum ; maisn'existe-t-il pas des cancers adhérents non mobilisables ? bref, le diagnostic est parfois très hésitant.

De même, la tuberculose frappe assez volontiers la région iléo-cœcale et, même l'abdomen incisé, on ne peut au premier examen trancher absolument, s'il s'agit de tuberculose ou de cancer, et nous avons à ce sujet l'observation suivante du professeur Borelius : « Femme de 51 ans, présentant depuis quelques mois de vives douleurs abdominales revenant par crises, puis des phénomènes d'obstruction intestinale. Dans la région cœcale, on sent un empâtement manifeste : laparotomie, on se rend alors compte que le cœcum est envahi par une tumeur qu'on ne peut pas cependant attirer dans la plaie, aussi fait-on, à travers le droit antérieur du côté droit, une incision transversale ; on peut alors amener en vue la tumeur, elle occupe le cœcum et notamment la valvule de Bauhin, car la partie adjacente de l'iléon en fait manifestement partie, l'iléon est très dilaté, très augmenté de volume, ses parois sont épaissies et ont perdu toute leur souplesse normale ; on aurait pu certainement extirper la tumeur, mais on se contente de l'iléo-colostomie car la tuberculose semblait aussi admissible que le cancer ; guérison. Dans cette observation. Nous lisons : « dans la fosse iliaque droite existe un empâtement » ; or nous sommes plutôt habitués à la mobilité du cancer du cœcum. Dans la tuberculose, il y a moins, à proprement parler, une tumeur, un néo-

plasme qu'une infiltration de la région cœcale, enfin le cœcum tuberculeux conserve à peu près sa forme. En dernière analyse, le diagnostic pourra être tranché par les antécédents, bronchite suspecte ou tuberculose avérée du poumon et par l'examen bactériologique des matières mêmes. Dans le cas de fistules, Körte a cherché des bacilles dans le pus ; le diagnostic des tumeurs du gros intestin posé, il faut pouvoir en préciser la nature, a-t-on affaire à une tumeur maligne ou bien s'agit-il d'une tumeur bénigne, ce diagnostic n'est pas habituel à poser, car les tumeurs bénignes sont rares. On cite des myomes, des fibromes. Heurtaud, dans les *Archives provinciales de chirurgie* de 1900, cite un cas de lipôme du gros intestin ; ces tumeurs sont très mobiles et ne portent aucune atteinte à l'état général ; quant au diagnostic de variétés, rappelons-nous que deux espèces sont les plus fréquentes, d'une part l'encéphaloïde, d'autre part le squirrhe.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'une tumeur volumineuse, irrégulière, bosselée, on aura le droit de conclure à un encéphaloïde ; le palper révèle-t-il une tumeur petite, dure, il faut songer à un squirrhe. De plus, l'encéphaloïde a pour siège de prédilection la région cœcale et les colons, tandis que le petit squirrhe annulaire se rencontre au niveau de l'S iliaque.

Pour ce qui est de savoir si l'on est en présence d'un carcinome ou d'un sarcome, on ne peut guère que faire des suppositions ; toutefois, s'il s'agit d'un sujet jeune le sarcome est plus probable.

Le diagnostic du siège de la tumeur est, en général

aisé à poser ; il faut en premier lieu se rappeler que les segments de l'intestin le plus fréquemment atteints de dégénérescence néoplasique, sont, la région cœcale et l'S iliaque « ce sont les véritables lieux d'élection du cancer », puis, viennent les angles coliques ; il faut également avoir présent à l'esprit la possibilité d'une ectopie de l'intestin cancéreux et tel cancer du colon transverse peut être abaissé jusqu'à la région iliaque droite, par exemple. A ce propos l'observation IV du du docteur Bousquet présente un cas superbe d'ectopie d'un intestin cancéreux. Il s'agit en effet d'un vieillard de 79 ans que l'on amène auprès du chirurgien pour une hernie inguinale présentant depuis la veille des symptômes d'étranglement ; on opère et le sac ouvert, il en sort une anse du gros intestin de 25 centimètres de longueur, présentant à sa partie supérieure un gros néoplasme annulaire.

Enfin il est un fait important à connaître et qui est le suivant : en amont du point cancéreux, la plupart du temps il s'agit du cœcum, l'intestin se dilate démesurément, donnant à la percussion une zone de submatité qui peut en imposer pour la tumeur cancéreuse elle-même.

Bouveret a décrit depuis longtemps dans le *Lyon médical* de 1887, n° 31, page 445, cette ectasie cœcale ; zone de matité, sensibilité, présence d'une tumeur cylindrique et bruit de clapotement au palper. Cette ectasie cœcale traduit l'existence du rétrécissement en aval.

Le petit squirrhe de l'S iliaque, le plus sténosant des

cancers du gros intestin, est plus difficile à délimiter ; il est petit, il est profond, deux conditions anatomiques rendant sa découverte plus pénible. Les touchers rectaux et vaginaux ne seront jamais négligés, on a même conseillé la rectoscopie ; enfin certains auteurs utilisent les injections rectales ou l'introduction d'une sonde par le degré de pénétration, la quantité de liquide injecté, on mesure approximativement le degré d'élévation ou d'abaissement du néoplasme.

En résumé, toutes les considérations précédentes nous montrent qu'un examen minutieux peut nous conduire au diagnostic, sinon de certitude, du moins de grande probabilité des néoplasmes du gros intestin.

Il en sera tout autrement quand un malade se présentera à notre observation avec une occlusion intestinale aiguë, en relation avec une lésion cancéreuse de l'intestin : là, il faut bien le dire, toutes les hypothèses sont possibles et souvent ce n'est que le ventre ouvert que l'on reconnaît comme cause à l'occlusion, le cancer ; ici nous n'envisageons naturellement pas les crises d'obstruction intestinale au cours d'un cancer du gros intestin. C'est là un symptôme, un mode d'évolution de ce cancer ; nous ne parlons que des cas d'occlusion aiguë, venant au cours d'une néoplasie latente ; ces cas sont d'ailleurs assez rares, néanmoins, les observations 2, 3, et 4 du docteur Bousquet en sont de frappants exemples. Dans ces cas d'occlusion subite, peut-on relever quelques symptômes qui permettent d'en préjuger la nature cancéreuse ?

D'une manière générale, on peut dire que l'S ilia-

que, le côlon descendant et l'angle splénique sont plus sujets à l'occlusion intestinale, le cancer du cœcum y semble moins enclin ; la raison que l'on en donne est la nature même du néoplasme au niveau de l'S iliaque, petit squirrhe annulaire qui arrive à étrangler l'intestin à la façon d'une ligature. De l'étude de quelques observations d'occlusion intestinale aiguë d'origine cancéreuse, on peut tirer quelques signes un peu spéciaux à cette variété d'occlusion. Tout d'abord un fait frappe, c'est la façon dont s'installe cette occlusion : en général, le malade jouit d'une assez bonne santé, il est pris d'un besoin naturel, se voit dans l'impossibilité de le satisfaire et la crise d'occlusion s'installe lentement, sans grande réaction. Dans l'observation II du docteur Bousquet, l'occlusion datait de 6 jours ; dans l'observation III le malade reste plus longtemps encore et, fait capital, les vomissements fécaloïdes n'apparaissent pas. L'on peut expliquer ce fait par la position basse du cancer, si donc ici l'on attendait les vomissements fécaloïdes pour en conclure que l'on a bien affaire à l'occlusion intestinale, l'on s'exposerait à laisser aggraver l'état du malade. Il faut donc bien retenir, qu'un des meilleurs éléments de diagnostic d'occlusion intestinale par néoplasme est *l'apparition tardive des vomissements, et celle plus tardive encore des vomissements fécaloïdes* ; c'est ainsi que nous trouvons à cet égard des observations irréfutables : ; un malade de Rueppe, 1895, n'est pris de vomissements fécaloïdes qu'au 8e jour de son occlusion.

Pour ce qui est des autres signes de l'occlusion aiguë on ne peut guère leur attribuer de valeur réelle en faveur de la notion étiologique du cancer ; certains auteurs attachent de l'importance au météorisme local de l'anse étranglée; outre la voussure locale, parfois en dos d'âne, il existerait de la résistance musculaire à la pression et une tonalité plus grande à la percussion. A côté de ces symptômes, il faut citer le péristaltisme localisé où généralisé; mais c'est un symptôme inconstant et, quand il existe, il est de courte durée, car l'intestin, situé en amont du rétrécissement, s'ectasie tellement qu'il se fatigue dans la lutte qu'il engage contre l'obstacle, et alors il se produit, comme on l'a dit, une véritable asystolie de l'intestin.

La conclusion à tirer au sujet de l'occlusion intestinale aiguë au cours des néoplasmes latents du gros intestin est donc la suivante ; un seul signe peut aiguiller le diagnostic de façon assez sûre, c'est l'époque tardive d'apparition des vomissements d'abord, des vomissements fécaloïdes ensuite.

De cette étude diagnostique des cancers du gros intestin découle en quelque sorte le pronostic de cette affection. Dépistée de bonne heure, alors que quelques troubles des matières alvines existent seuls, ce cancer est une lésion locale, et comme tel il devra être réséqué sur-le-champ. Quand, au contraire, on aura laissé s'installer des crises subintrantes d'obstruction intestinale, ou bien qu'il s'agira d'une crise d'occlusion aiguë, le pronostic est tout différent et revêt un caractère d'extrême gravité.

Des considérations précédentes découle le traitement des cancers du gros intestin ; l'on peut le formuler de la façon suivante : il doit avant tout être précoce, très précoce, la laparotomie exploratrice doit même suppléer à l'insuffisance du diagnostic. Le traitement médical ne sera guère de mise que lorsque le diagnostic, n'ayant pas été ou n'ayant pu être posé assez à temps, on n'aura plus comme objet que de tromper le malade sur son état misérable. Le traitement chirurgical est donc le seul traitement à préconiser ; ce traitement peut être symptomatique, palliatif ou curatif.

Nous allons rapidement passer en revue les diverses méthodes opératoires ayant cours à l'heure actuelle. Le traitement radical consiste en l'ablation du segment de l'intestin cancéreux, en une résection de l'intestin, en une entérectomie ; cette opération est l'opération presque idéale, puisqu'en effet elle se termine par le rétablissement de la continuité du tube digestif, après extirpation de la portion intestinale malade. Toutefois, il s'agit là d'une opération grave, dont la mortalité est d'environ 40 %. Les accidents post-opératoires entraînant la mort sont d'ordre bien divers. M. de Bovis cite 51 cas où les causes de la mortalité post-opératoire sont indiquées.

13 morts par collapsus.
12 » de septicémie ou péritonite.
9 » de péritonite par insuffisance de suture.
3 » de péritonite par nécrose de l'intestin privé de son mésentère.

2 » par nécrose de l'intestin par le murphy et péritonite.
1 » par occlusion intestinale et péritonite (emploi du bouton de Murphy.
1 » par occlusion intestinale par coudure de l'anse suturée.
1 » pas collapsus et péritonite.
1 » par métastase cancéreuse (antérieure) et péritonite.
2 » par métastase (antérieure) et collapsus.
1 » par hémorrhagie opératoire abondante, collapsus et thrombose du petit bassin.
1 » de gangrène pulmonaire embolie probable.
1 » d'hémathémése froudroyante.
1 » de mort subite.
1 » classé sous la rubrique : mort complexe.

En étudiant cette statistique, on est frappé du nombre de morts par collapsus ; on relève également avec étonnement la notion de « métastase antérieure », et vraiment, on est en droit de se demander si, à une opération souvent longue, souvent pénible, aussi radicale que l'entérectomie,il ne convenait pas mieux de substituer une de ces opérations, dites palliatives, que nous allons examiner dans un instant. De plus, nous rencontrons un nombre assez considérable de morts par péritonites, septicémie ; sans nul doute, la difficulté, la longueur de l'opération (on en cite qui durèrent jusqu'à 3 heures et demie, Keetley ; 5 heures et demie, von Bergmann), doivent être considérées comme un facteur probable de cette complication.

Bref, on doit conclure que, malheureusement, pas mal de cancers du gros intestin ont été déclarés justiciables d'interventions radicales, alors que la laparotomie pratiquée, on est tombé sur un cancer déjà adhérent que l'on est obligé d'extirper par morcellement.

A l'heure actuelle où la chirurgie de l'intestin fait de si beaux progrès, où les opérations tendent à être pratiquées avec une plus grande rapidité et surtout, où les indications opératoires sont bien posées, on peut légitimement penser que le taux de 40 % de mortalité fourni par les statistiques de 1900 (thèse de Lardennois, etc.) est un peu trop élevé. A côté de l'entérectomie pure et simple on peut avoir recours à des procédés mixtes, tels que l'entérectomie suivie de l'établissement d'un anus contre nature, qui répondra au cas suivant : on commence son opération, décidé à pratiquer une entérectomie, puis l'on s'aperçoit que le cancer est adhérent, difficilement extirpable, ou bien les bouts intestinaux ne peuvent être affrontés. L'intervention dure déjà depuis longtemps, le malade est très déprimé ; bref, il faut faire vite : on était parti pour pratiquer une opération radicale, on termine par une opération palliative, c'est-à-dire celle qui a pour but de rétablir le libre cours des matières.

Deux opérations sont en présence : l'entérostomie et l'entéro-anastomose. L'entéro-anastomose a l'avantage de permettre aux matières intestinales de suivre leur cours naturel. M. de Bovis réunit 44 cas d'entéro-anastomose ou d'exclusion avec 12 morts post-opératoire,

soit un taux de mortalité de 27, 5 °/₀ c'est-à-dire relativement faible. Le plus souvent en effet, les malades à qui l'on propose cette opération, ne sont pas encore atteints de signes graves d'occlusion ou d'obstruction ; l'anus contre nature au contraire, est le plus souvent pratiqué d'urgence, pour parer au plus pressé. Ou bien le sujet est atteint de crises subintrantes et de plus en plus répétées, d'obstruction intestinale, ou bien, l'examen clinique, la faiblesse du malade, etc. a démontré l'impossibilité de tenter une opération laborieuse. De Bovis donne comme taux de mortalité un chiffre relativement élevé.

Enfin nous ne ferons que citer d'autres méthodes qui trouvent seulement leur indication dans des cas tout à fait particuliers : nous voulons parler des entérectomies en plusieurs temps, et des entérectomies par les voies naturelles ; ces dernières répondent à des situations tout à fait exceptionnelles, telle que l'invagination d'un cancer de l'S iliaque à travers le rectum. Les entérectomies compliquées sont celles où, en plus de la résection intestinale, le chirurgien a été amené à pratiquer l'ablation de trompes, d'ovaire, l'excision de plusieurs anses intestinales grêles adhérentes, etc. On conçoit sans peine que la mortalité soit fort élevée ; 58 °/₀ environ. Au contraire, les entérectomies en plusieurs temps offrent la plus belle statistique : la mortalité n'y dépassant pas 18 °/₀. Là on commence par l'opération palliative, puis il apparaît clairement que la malade est justiciable d'une cure radicale et alors on fait suivre

l'entérostomie de la résection intestinale ; certains chirurgiens de l'Ecole danoise ont même été jusqu'à pratiquer l'exposition de la tumeur, puis, une fois les adhérences établies, ils procèdent à la résection extra-abdominale de la tumeur ; cette méthode a d'ailleurs échoué, car « au lieu et place de la tumeur réséquée il est resté un anus artificiel rebelle ».

A présent que nous connaissons les principales interventions radicales et palliatives dirigées contre le cancer du gros intestin, nous serons brefs sur le traitement chirurgical symptomatique. On est intervenu pour des « péritonites par perforation » ; création d'un anus contre nature, suture des perforations.

Pour ce qui est des abcès, des phlegmons s'ouvrant à la paroi antérieure de l'abdomen, on les traite comme des suppurations ordinaires ; il est même à remarquer que parfois ces fistules se sont transformées spontanément en véritables anus artificiels.

Enfin lorsqu'on se trouve en présence d'une occlusion intestinale aiguë, le plus souvent la seule opération de mise est l'opération d'urgence par excellence, l'anus contre nature. Si l'occlusion est de date récente, que le malade soit encore vigoureux, on peut conseiller la laparotomie exploratrice et l'examen du gros intestin décelant la présence d'un néoplasme, le réséquer ou pratiquer l'entéro-anastomose, mais le plus souvent, même après l'exploration des anses intestinales et la découverte d'un cancer, la conduite la plus légitime à tenir est encore l'entérostomie, anus iliaque

pour un cancer de l'S iliaque, anus cœcal de Nélaton, pour un cancer du cœcum, etc.

La conclusion que l'on peut tirer de ces quelques considérations est que le cancer du gros intestin, affection essentiellement locale pendant longtemps, doit rentrer comme le cancer du rectum et le cancer de l'estomac dans le cadre des affections chirurgicales. Plus l'intervention sera précoce et plus on aura de chances de se trouver en présence d'un néoplasme limité, mobile et justiciable d'une exérèse totale, capable de donner des survies de trois ans et plus au malade ; plus au contraire l'opération sera instituée tardivement et plus il faudra s'attendre à avoir à lutter, non plus contre le cancer, mais contre ses complications, contre les phénomènes d'obstruction, ou même contre une attaque suraiguë d'occlusion intestinale ; c'est alors qu'il ne s'agit plus d'interventions radicales, mais de simples opérations palliatives telles que l'anus contre nature.

OBSERVATIONS

Observation I (Docteur Bousquet).

Femme de 23 ans, vient consulter pour une tumeur qu'elle portait depuis plusieurs années dans le flanc droit, à égale distance de l'épine iliaque et des fausses-côtes ; cette tumeur, du volume d'une pomme environ, était dure, mobile et ne gênait en rien la malade; son développement seul l'inquiétait. En raison de la mobilité de la masse et de l'absence de tout symptôme sur le tube digestif, on pense à un néoplasme de l'épiploon et on propose à la malade une intervention qui fut acceptée sans discussion. L'abdomen ayant été incisé sur la tumeur elle-même, on se trouve en présence d'un néoplasme qui enveloppait complètement le gros intestin. Le mari de la patiente qui attendait dans une salle voisine et à qui on expose le cas, et auquel on manifeste l'intention où l'on était de faire une entérostomie suivie d'entérorraphie ne voulut rien entendre et l'abdomen fut refermé. Par un heureux hasard cette malade a pu être suivie pendant un an encore, pendant ce laps de temps sa tumeur est restée stationnaire, son état général satisfaisant et sauf quelques alternatives de diarrhée et de constipation rien ne fait soupçonner la gravité de son état. Depuis la malade a été perdue de vue.

Observation II (Docteur Bousquet).

Cultivateur âgé de 76 ans, qui ne s'était jamais plaint d'aucune gêne du côté du tube digestif, est pris très brusquement d'obstruction intestinale aiguë : étant allé travailler dans sa vigne, quelques jours auparavant, il avait été pris d'un besoin naturel, et lorsqu'il avait voulu le satisfaire, il s'était trouvé brusquement dans l'impossibilité de réussir, cela remontait à 6 jours : le ventre était météorisé, et depuis la veille, le malade avait eu plusieurs vomissements, mais non fécaloïdes. La série des moyens médicaux ayant été épuisée, il fut sans plus tarder procédé à une laparotomie, l'exploration des anses intestinales amena la découverte d'un petit cancer de l'S iliaque ; en présence de cette découverte et de l'impossibilité de faire une résection, un anus artificiel fut pratiqué sur la ligne médiane. Survie de trois semaines.

Observation III (Docteur Bousquet).

Vieillard de 71 ans, fort intelligent, botaniste distingué, qui avait l'habitude de s'observer avec le plus grand soin. Le docteur Bousquet était le médecin de sa famille depuis fort longtemps, et jamais il ne lui avait demandé le moindre avis pour sa santé. Etant allé faire une promenade à quelques kilomètres de la ville, se croyant en parfaite santé, il avait été pris d'un besoin naturel qu'il lui avait été impossible de satisfaire : sans se préoccuper autrement de cette éventualité, il était rentré à son domicile ; toutefois, les jours suivants, de nouvelles tentatives pour aller à la selle ayant été infructueuses, il appelait le chirurgien ; ce dernier tenta avec la plus grande prudence

de débarrasser le tube digestif. Le malade ne voulut pas accepter une intervention, et il n'est pas douteux pour le docteur Bousquet, qu'ici encore, il ne se soit agit d'un petit cancer de l'S iliaque : la façon dont le météorisme s'était établi sous nos yeux l'indiquait suffisamment.

Observation IV (docteur Bousquet).

Vieillard de 79 ans, cultivateur, porteur d'une hernie inguinale gauche présentant depuis la veille des symptômes d'étranglement ; le malade et son entourage racontent que la grosse hernie inguinale ne rentrait plus depuis longtemps ; le vieillard avait pris du reste l'habitude de ne plus s'en occuper puisque cette hernie le gênait seulement par son volume ; or, depuis trois jours les matières ne passaient plus et cet homme avait un hoquet inquiétant. Le scrotum est volumineux, sonore à la percussion, sans aucun changement de coloration des téguments ; la palpation permet de reconnaître en un point situé à la partie supérieure du sac, au-dessous de l'anneau, une masse dure, qui donne la sensation d'un paquet de scyballes ; de plus l'anneau est fort large, on y introduit facilement les premières phalanges de l'index et du médius et malgré cela la réduction est matériellement impossible ; l'on procède à quelques tentatives de taxis, exécutées fort doucement et de diverses manières, afin d'essayer de se rendre compte de ce qui s'oppose à la réduction, mais quoique l'on fasse, la masse ci-dessus signalée vient buter contre l'anneau qu'elle obture à la façon d'un couvercle, sans pouvoir s'y engager et le franchir. On prévient la famille qu'il serait dangereux de continuer le taxis et que le seul procédé consiste à ouvrir le sac de façon à se rendre compte de visu de la nature de l'obstacle, l'intervention est

autorisée et pratiquée. Les parties molles sont insensibilisées à la cocaïne, on ouvre largement le sac ; il en sort une anse du gros intestin qui, déployée, mesure environ 25 centimètres de longueur ; à sa partie supérieure, est un gros néoplasme annulaire, c'était lui qui venait buter contre l'anneau dont il recouvrait la face externe, s'opposant ainsi à toute tentative de réduction, car on put constater de visu que son volume était supérieur aux dimensions du dit anneau. La famille s'étant opposée à la création d'un anus contre nature, on referme le sac et le malade abandonné à son sort succombe quelques jours après.

Observation V (docteur de Bovis).

Cancer de l'S iliaque, occlusion intestinale, anus artificiel. Mort.

Femme de 57 ans, ancienne institutrice, entre à l'Hôtel-Dieu de Reims, le 19 janvier 1899. Constipation chronique depuis deux ans, aucun trouble digestif avant cette date, pas de crises d'obstruction ni d'alternatives de diarrhées et de constipation pendant ces deux dernières années, jamais de sang, ni de pus, dans les selles. Au début de la présente crise d'occlusion, il y aurait eu quelques mucosités dans les matières.

Antécédents négatifs ou insignifiants.

Etat actuel (19 janvier) : malade amaigrie paraissant plus que son âge, faciès grippé, pas de selles depuis cinq jours, pas de gaz depuis deux ou trois jours, vomissements non fécaloïdes, ballonnement considérable du ventre, le palper est un peu douloureux dans la fosse iliaque droite qui paraît plus pleine et un peu moins sonore que le reste du ventre ; le gonflement ne permet de sentir aucune autre

particularité, pas de péristaltisme au moment de l'examen, le toucher rectal et vaginal sont négatifs ; une sonde introduite par l'anus s'arrête à environ 30 centimètres de profondeur. Le 20 janvier les divers moyens médicaux étant restés sans action et l'occlusion continuant à être absolue, on pratique l'éntérostomie. Incision dans la fosse iliaque droite, l'S iliaque distendue se présente d'elle-même, le doigt enfoncé dans le ventre n'arrive pas à sentir la nature ou le siège de l'obstacle ; on passe une baguette de verre sous l'intestin très affaissé, on le fixe au péritoine par une double couronne de sutures à la soie ; la plaie cutanée est rétrécie et suturée au crin de florence. Introduction d'un gros tube en caoutchouc après ponction de l'intestin. Débâcle abondante et immédiate.

Les jours suivants, amélioration considérable, mais le 23 janvier les forces déclinent, le voisinage de la plaie abdominale est le siège de douleurs vives et d'un peu d'érythème ou d'empâtement ; cependant le ventre est souple, pas de vomissements et l'anus artificiel fonctionne largement.

Mort le 26 janvier, pas d'autopsie. Une laparotomie post-mortem hâtive permet de constater qu'il n'y a pas de péritonite et de ramener un petit cancer squirrheux de la portion pelvienne de l'S iliaque ; l'intestin afférent est très hypertrophié, la lumière laisse à peine pénétrer le bout de la pulpe du petit doigt ; un fragment osseux aplati, d'un centimètre carré, s'était arrêté sur le rétrécissement. Epithéliome cylindrique.

La mort paraît due autant à l'auto-intoxication qu'à l'infection abdominale par les matières.

Observation VI (de M. Morestin).

Occlusion aiguë au cours d'un cancer pelvien.

Le 15 septembre entrait à St-Louis, Isolement 23, une femme de 60 ans, Mme Rosalie C..., présentant tous les signes d'une occlusion intestinale aiguë, dont le début avait été très brusque et l'évolution assez rapide, puisque la malade était au 5e jour de la crise ; son état semblait tout à fait désespéré. Le ventre étant considérablement ballonné, et l'état général mauvais, on se borna à pratiquer un anus artificiel sur la première anse qui se présenta après l'incision de la paroi et cette entérostomie empêcha la malade de mourir d'occlusion.

Toutefois l'anus artificiel ne pouvait être qu'une solution provisoire. Les accidents de rétention stercorale conjurés, il fallut prendre un parti au sujet de la tumeur, cause présumée des accidents. La malheureuse femme nous pressait, d'autre part, de la débarrasser de son anus abdominal, et son désir de se soustraire à cette très répugnante situation nous parut trop légitime pour ne pas voir là, une indication opératoire très sérieuse.

Je me déterminai : 1° à aller à la recherche de l'obstacle et tenter de le supprimer ; 2° à refermer l'anus à moins que sa conservation ne fut absolument indispensable. Sur la nature même de l'obstacle, nous étions encore indécis bien que son siège sur le côlon pelvien fut établi et que le calcul des probabilités nous fit admettre assez volontiers qu'il s'agissait d'une tumeur.

Nous n'avions, à cet égard, aucun indice certain, la palpation de l'abdomen demeurait négative, le toucher rectal et l'exploration du vagin ne fournissaient aucune

indication. Il n'y avait jamais eu par l'anus aucun écoulement sanguin ni séro-sanguin. On n'avait jamais rien noté de particulier ou d'anormal du côté des selles avant la crise d'occlusion, survenue au milieu d'une santé en apparence parfaite. Une grosse sonde enfoncée profondément ne rencontra point l'obstacle qu'il fut également impossible de reconnaître par l'exploration du bout inférieur de l'intestin fixé à la peau. On remarqua seulement que le liquide des irrigations rectales ne ressortait point par l'anus artificiel et réciproquement.

Le 25 octobre (après préparation sur laquelle il est inutile d'insister), je fis la laparotomie médiane. L'anus fut détaché ensuite de la paroi, il occupait la partie moyenne du côlon transverse, tombé très-bas comme il arrive chez beaucoup de sujets, et principalement chez les femmes. Plusieurs anses grêles adhéraient assez intimement à cet intestin ou à la paroi. Elles furent détachées avec prudence et le côlon isolé attiré hors du ventre. L'examen du côlon pelvien ayant fait reconnaître l'existence d'une tumeur mobile et susceptible d'être traitée par l'entérectomie, l'anus transversaire fut immédiatement fermé par un triple surjet. La tumeur occupait la partie inférieure du côlon pelvien. Elle put cependant être amenée hors du bassin.

Elle était petite, et, en réséquant 8 cent. d'intestin, je coupai déjà loin de ses limites. L'entéroraphie circulaire rétablit la continuité du tube colique. J'établis un triple plan de sutures et appliquai encore contre la ligne d'union, deux longs appendices épiploïques qui, se rejoignant par leurs extrémités, entouraient l'intestin d'un anneau presque complet. Je laissai 2 gros drains et refermai. L'opération avait duré une heure et quart ; pendant 36 h. la malade alla très bien, mais le 2e jour, elle fut prise d'un violent point de côté, se mit à tousser et à expectorer en abondance des crachats muco-purulents.

C'était le début d'une broncho-pneumonie double qui emporta la malade le 7e jour. La symptomatologie demeura purement pulmonaire, le ventre restant indolent et souple et la malade ayant eu des selles dès le lendemain de l'opération.

L'autopsie ne put être faite, et c'est bien regrettable, mais tout porte à croire que, sans les complications du côté du poumon, l'intervention eut été suivie de succès.

La tumeur que voici est à peine visible quand on examine extérieurement le cylindre intestinal réséqué. On distingue un léger sillon circulaire entre 2 bourrelets peu marqués. C'est la palpation qui permet de sentir une virole dure, dont la hauteur ne dépasse pas 2 cent. La lumière des conduits est extrêmement réduite, admettant à peine le petit doigt. Elle était obstruée par une scyballe que les injections variées, faites dans ce bout d'intestin pendant un mois, n'avaient pu réussir à dissocier et qui avait été peut-être la cause déterminante de l'occlusion. Une ulcération circulaire est visible sur le tiers moyen de la virole néo-plasique.

M. Lecène a fait des préparations de cette tumeur et m'a remis à ce propos la note suivante :

« La tumeur a été examinée sur des coupes comprenant l'épaisseur du bourrelet qui entoure l'ulcération et une partie de cette ulcération même ; on voit d'abord la muqueuse du gros intestin saine, puis dans la zone du bourrelet on voit que les glandes normales se transforment en boyaux d'épithélium atypique, ces glandes cancéreuses envahissent la musculaire de la muqueuse, pénètrent même en un point jusqu'à la sous-séreuse. Les figures de division nucléaires indirectes abondent dans ces cul-de-sac d'épithélioma cylindrique. Quant à l'ulcération, son fond est fourni par des glandes cancéreuses entre lesquelles on voit des amas de cellules embryonnaires, témoins d'une inflammation récente.

Il s'agit donc incontestablement d'un adéno-carcinome du gros intestin ulcéré.

Observation VII (de MM. Rémy et Bouvet).

Occlusion intestinale par un corps étranger au niveau d'un rétrécissement cancéreux de l'S iliaque.

Il s'agit d'une malade de 22 ans, femme de ménage, n'ayant jamais présenté d'autres accidents pathologiques qu'une hernie inguinale gauche, dont elle s'aperçut à l'âge de 17 ans ; cette hernie avait donné lieu au commencement de l'année 1898 à quelques symptômes de péritonisme, dus à un début d'étranglement dont un taxis modéré eut facilement raison.

Cette femme est envoyée à l'infirmerie de la maison de Nanterre le 6 décembre 1898, pour une obstruction intestinale datant d'une semaine sans constipation ni diarrhée antérieures.

A son entrée, la malade présente un état général relativement satisfaisant quoique les traits soient légèrement tirés. Le pouls est à 84° assez fort, le ventre est ballonné, la palpation provoque du gargouillement et des douleurs dans la fosse iliaque gauche ; on remarque une légère tuméfaction au même niveau. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement. Le toucher vaginal fait sentir un utérus de volume normal et facilement mobilisable ; par le cul-de-sac latéral gauche, on arrive sur une tumeur dure, cylindrique, du diamètre de l'intestin et très douloureuse à la palpation.

La cause de l'obstruction restant obscure on administre à la malade une purgation, puis une entéroclyse qui

restent sans résultats, quelques gaz seuls sont évacués. Temp. 37°5, pouls 90°.

En présence de ces faits la laparotomie est décidée pour le lendemain 7 décembre, et pratiquée par M. Rémy. A l'ouverture du ventre on voit des anses intestinales distendues et congestionnées ; tout l'intestin grêle, le cœcum et le côlon offrent le même aspect. L'S iliaque, dans le point où le toucher vaginal faisait sentir une tumeur, présente un étranglement de consistance dure, s'étendant sur une longueur de 4 à 5 centimètres, sans apparence inflammatoire ; il n'y a pas de ganglions mésentériques.

On porte le diagnostic de rétrécissement néoplasique et on résèque environ 8 cent. d'intestin en dépassant en haut et en bas de 2 centim. à peu près la partie rétrécie. On pratique la réunion circulaire par le bouton de Murphy de 27 millim. en assurant par une suture séro-séreuse l'étanchéité de l'intestin au niveau de cette anastomose puis on referme la paroi.

Le lendemain, 8 décembre, la malade n'a pas encore eu d'évacuation intestinale. Matin : T. 30°5, P. 112 ; soir : T. 36°4., P. 150.

Le ventre est ballonné, la face est grippée, le pouls misérable ; du hoquet est survenu, puis des vomissements noirâtres, pas franchement fécaloïdes En présence de ces symptômes, constatant que l'obstruction n'a pas été levée par l'intervention, nous pensons que le bouton de Murphy fait obstacle à son tour. Et pour parer tant au danger de la pression des matières à ce niveau qu'aux accidents dus à l'obstruction elle-même, nous croyons utile le 8, à 6 heures du soir, d'ouvrir une voie au contenu intestinal et nous nous décidons à pratiquer un anus iliaque. Mais à l'incision du péritoine nous constatons l'issue de gaz et d'un peu de liquide louche, la séreuse est injectée, nous nous trouvons donc en face d'une péritonite déjà à la période d'état et jugeant inutile de tenter une des

désinfection qui ne pourrait être qu'illusoire, nous nous hâtons de terminer l'opération, la malade étant d'ailleurs dans un état assez inquiétant.

L'anus iliaque fonctionna de façon normale, et donna issue à d'abondantes évacuations, mais les vomissements continuèrent ainsi que les autres symptômes péritonéaux, le pouls devint filiforme et la mort survint le lendemain 9 décembre à 4 heures du matin.

A l'autopsie nous trouvâmes une péritonite purulente généralisée avec fausses-membranes agglutinant les anses intestinales. Au niveau de la portion réséquée, un point de suture a déchiré la paroi intestinale et ouvert une voie entre elle et le bouton de Murphy. Plus haut existe une autre petite perforation. Le bouton de Murphy est obstrué par un bouchon de matières fécales de consistance pâteuse, qui en oblitère complètement la lumière, et n'a pu parvenir jusque dans le bout inférieur de l'intestin. Là est évidemment l'obstacle au cours des matières.

Si nous passons maintenant à l'examen de la partie réséquée, nous constatons d'abord en l'incisant que son calibre, déjà considérablement réduit par le néoplasme est totalement obstrué *par un fragment d'os en forme de coin qui joue le rôle d'un véritable clapet*, comme on peut s'en rendre compte par l'examen de la pièce annexée. La malade interrogée à ce sujet n'avait aucun souvenir d'avoir avalé pareil corps étranger.

L'examen histologique montre que le néoplasme est un épithélioma cylindrique typique.

Observation VIII (des docteurs Bacaloglu et Pagnez).

Occlusion intestinale causée par un cancer de la valvule iléo-cœcale, par Bacaloglu et Pagnez, internes des Hôpitaux. (*Société anatomique,* janvier 1899).

Le 10 janvier, est entré dans le service de M. Troisier le nommé Cussac Charles, forgeron, âgé de 40 ans ; il se plaignait de troubles de l'estomac, renvois acides, flatulence, pyrosis ; ces désordres étaient plus accusés le matin et dataient de plusieurs mois, avec une recrudescence singulière depuis 3 semaines. En plus il avait, depuis à peu près un mois, des alternatives de diarrhée et de constipation, suivies de débâcles. Jamais de vomissements sanguins, ni de selles noires. Ajoutons qu'il avait des cauchemars et de l'hyperesthésie des plus marquées.

Le diagnostic porté le premier jour fut celui d'alcoolisme chronique, avoué d'ailleurs par le malade qui buvait au moins ses deux litres de vin par jour. Les urines ne contenaient pas d'albumine ni de sucre. La température était normale.

Le lendemain la scène change, le malade commence à vomir. Ces vomissements sont alimentaires ; en même temps il se produit une légère tension abdominale, plus manifeste vers la région sus-ombilicale. Les vomissements continuent toute la journée et la nuit. L'abdomen se météorise de plus en plus, il devient saillant vers sa partie supérieure et extrêmement douloureux.

La veille on avait administré un lavement, *le malade n'ayant pas eu de selles depuis deux jours* ; il en était résulté une évacuation de matières très peu abondantes. Dans la nuit du 12 janvier la situation du malade étant

la même, on demande l'avis du chirurgien de garde, M. Sébileau, qui conseille d'attendre. Il prescrit un *lavement qui ne produit aucun effet*. Disons pour être complet que le toucher rectal et l'exploration des orifices herniaires n'avaient rien révélé.

Le lendemain matin, le pouls était plus mauvais, à 100, et les traits plus excavés. Pas d'évacuation alvine et pas de répit au point de vue des vomissements qui *commencent à sentir mauvais* et à prendre les caractères des vomissements fécaloïdes. Nous demandons l'avis de M. Marchand qui ne se décide pas pour l'opération et conseille de laver l'estomac. Nous pratiquons le lavage avec le tube de Faucher et le malade rend *trois cuvettes de résidus alimentaires* qui sentent horriblement mauvais.

Enfin le soir la situation étant la même, nous appelons de nouveau le chirurgien de garde : c'était M. Glantenay qui perçoit une *saillie dure dans la fosse iliaque droite*. et se décide à pratiquer la laparotomie. Il trouva, après ouverture du ventre, que l'obstacle était causé par une *tumeur cancéreuse du cœcum*. Il prend la dernière anse de l'intestin grêle et pratique un anus superficiel à gauche en ramenant l'anse ainsi suivie du cœcum vers l'intestin grêle. Le lendemain, M. Pagnez pratiqua l'ouverture de l'intestin au thermocautère ; il s'écoule des matières liquides. Le malade a un vomissement dans la journée. Les jours qui suivent il n'y a plus de vomissements, mais le malade a une soif inextinguible ; le pouls décroît, les pulsations sont petites, mal frappées, les yeux s'excavent la langue devient mate. Par l'anus iliaque il ne s'écoule que des matières liquides. La température qui avait oscillé d'abord entre 37° et 38° remonte à 39°, le 18 janvier. Le 19, le malade succombe en hypothermie, 35°5.

L'autopsie montra que les viscères thoraciques et abdominaux étaient normaux, il y avait une énorme dilatation de l'intestin grêle et de l'estomac. L'anus artificiel

avait été pratiqué à 1 cent. 1/2 du pylore et cette méprise avait été causée par le fait suivant : au niveau du cœcum malade, il y avait plusieurs anses adhérentes et le chirurgien avait suivi une de ces anses supérieures croyant avoir affaire à la dernière anse de l'intestin grêle. Aucune trace de péritonite ; en incisant l'intestin, nous constatons que les dernières portions de l'intestin grêle sont remplies par des matières fécales accumulées en amont de l'obstacle. La muqueuse de l'intestin est rouge, injectée, mais il n'y a pas d'ulcération.

Au niveau de la valvule iléo-cœcale il y a un obstacle presque infranchissable. Il n'y a plus de valvule : toute la région est occupée par une masse rougeâtre, bourgeonnante. C'est à peine s'il y a une légère lumière du côté de l'intestin. Le cœcum est adhérent à la fosse iliaque et aux anses grêles voisines : l'appendice est normal.

Les coupes histologiques ont porté sur deux portions distinctes. Sur une de ces coupes coloriée au carmin de Orth, on ne voit presque pas de lésions cancéreuses. Le microscope montre les tuniques de l'intestin infiltrées par des amas innombrables de globules blancs et de cellules embryonnaires. Il y a du tissu scléreux en larges bandes, les vaisseaux sont également altérés. Dans un petit coin de la préparation on voit quelques traînées de cellules épithéliales néoplasiques présentant différentes formes aplaties en raquette.

Mais sur une seconde coupe, il y a de larges traînées d'épithélioma, englobées dans du tissu conjonctif, par place ces colonies cellulaires sont disposées en amas et prennent l'aspect de l'épithélioma alvéolaire.

Donc, il s'agissait d'un cancer épithélial de l'intestin et en même temps d'une énorme infiltration embryonnaire. sous le cancer ulcéré, il y avait une inflammation chronique proliférative, qui avait contribué pour sa part à rétrécir le calibre de l'intestin.

Observation IX (du docteur du castel)

Cancer de la valvule de Bauhin. — Mort par occlusion intestinale aiguë.

Charpe (Alexandre), tailleur de pierre, 63 ans, entre le 9 décembre 1880 à l'hôpital Necker, salle St-Luc, n° 3, service du Prof. Potain.

Depuis 6 semaines, douleurs vives au-dessous des côtes droites et constipation très prononcée.

Depuis 21 jours, plus de garde-robes, rejet de gaz, douleurs vives péri-ombilicales exaspérées par l'ingestion des aliments. Pas de vomissements. Amaigrissement peu accentué. *Palper abdominal : pas de tumeur.* Toucher rectal : pas de rétrécissement.

Les médications employées ne parviennent pas à rétablir le cours des matières et le malade succombe le 17 avec des phénomènes ataxo-adynamiques.

Autopsie. — Epithélioma d'un volume d'une noisette, développé au niveau de la valvule de Bauhin et produisant un étranglement, laissant passer avec peine un mince filet d'eau.

Péritonite généralisée.

Anses intestinales très dilatées.

CONCLUSIONS

Les néoplasmes du gros intestin, au point de vue clinique, se caractérisent par une tolérance fonctionnelle remarquable : l'état général du sujet reste parfait pendant fort longtemps.

L'évolution du cancer est lente, sa généralisation très tardive ; le cancer du gros intestin se caractérise par sa latence, condition fâcheuse pour l'établissement d'un diagnostic précoce d'où dépend le succès du traitement chirurgical radical.

Les malades atteints de cancer du gros intestin meurent le plus souvent, non pas de cachexie cancéreuse, mais d'accidents d'occlusion ou de complications d'ordre infectieux.

Le calibre considérable du gros intestin, l'évolution anatomique du néoplasme qui attaque d'abord les tuniques externes, expliquent la longue période de tolérance des cancers du gros intestin.

A la phase de latence fait quelquefois subitement place des phénomènes d'occlusion intestinale suraiguë. La présence de corps étrangers, tels que fragments d'os peut suffire à les déterminer, en venant former clapet

au niveau du rétrécissement cancéreux ; il est plus probable que par action de présence, le corps étranger a provoqué du spasme et tout phénomène d'ordre irritatif, l'ulcération de la muqueuse, par exemple, occasionne les mêmes résultats.

Le rôle des néoplasmes dans la pathogénie de l'occlusion intestinale aiguë est peut-être beaucoup plus fréquent que les auteurs ne l'ont prétendu ; en tous cas chez les sujets ayant atteint ou dépassé l'âge de 40 ans, la possibilité de l'existence d'un néoplasme du gros intestin devra toujours être présente à l'esprit du chirurgien en présence d'une obstruction intestinale aiguë.

Vu : le Président de la thèse,
P. SEGOND.

Vu : le Doyen,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Université de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

BACALOGLU et PAGNEZ. — Société anatomique, janvier 1899.

BENOIT. — Thèse Paris, 1899.

BOUSQUET. — Congrès français de chirurgie, 17e session. Paris, 1904.

BOUVERET. — *Lyon Médical*, 1887, n° 31.

DE BOVIS. — *Revue de chirurgie*, 1900.

BUY. — *Sur un cas de cancer du colon transverse.* Toulouse 1902

COMTE (J. R.). — *Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale. Revue médicale de la Suisse*, 1892-1894.

DEMOULIN. — Société de chirurgie, 6 avril 1898 et juin 1899.

EISELSBERG. — *Wien. Klin., Wochens.*, 1896, n° 12.

HAUSSMANN. — *Du cancer de l'intestin.* Thèse Paris, 1882.

HEURTAUD. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1900.

KEETLEY. — *Lancet*, 25 juillet 1896.

KUESTER. — *Berlin. Klin., Wochens.*, 11 juillet 1887.

LARDENNOIS. — Thèse Paris, 1899, *Gazette des Hôpitaux*, 1900.

LOUART. — *Le cancer du gros intestin dans la jeunesse.* Thèse Paris, 1900.

LEGUEU et BAUSSENAT. — Appendicites à forme néoplasite. *Rev. de gyn. et de chir. abd.* Avril 1898.

MAYO ROBSON. — *Britisch médical journal.* T. II, 1895.

MORESTIN. — Société anatomique, novembre 1901.

PEYROT. — Thèse d'agrégation, 1880.

PETROFF. — *Contribution à l'étude de l'iléo-colorraphie en bourse.* Congrès de Moscou, 1897.

REMY et BOUVET. — Société anatomique, 7 avril 1899.

REYBARD. — *Bulletin de l'Académie de médecine.* T IX, 1843-1844.

RUEPP. — Thèse Zurich, 1895.

S HIELD. — *Britisch médical journal*, 1896, t. II.

SOULIGOUX. — Société de chirurgie, avril 1900.

TREVES. — Société médico-pratique de Paris, 24 mars 1862.

Angoulême. — Imprimerie L. COQUEMARD et Cie